

北京市医药分开与医耗联动综合改革 对DRG试点医院住院费用的影响研究*

王文娟^①, 陈心怡^①, 蔡媛青^②, 梁娟娟^①, 胡洋溢^①, 曹馨彤^①

摘要 目的: 分析北京市DRG试点医院在医药分开与医耗联动综合改革(以下统称两轮综合改革)前后住院费用的变化情况, 探讨两轮综合改革实施的效果及存在的问题。方法: 收集2017年1月—2019年12月北京市DRG试点医院的住院费用数据, 利用中断时间序列分段回归模型, 分析患者住院费用的瞬时和趋势变化情况。结果: 阶段性结果和中断时间序列结果显示, 患者的住院费用总体保持稳定, 短期下降后有回升趋势, 次均费用中次均药品费占比、次均材料费占比明显下降; 住院总费用中手术费占比显著上升。结论: 两轮综合改革对北京市DRG试点医院住院费用内部结构优化具有显著的干预效果, 医务人员技术劳动价值逐步体现, 但长期来看住院次均费用仍呈增长趋势发展, 药品费和耗材费的改革需持续关注。

关键词 医药分开综合改革; 医耗联动综合改革; 按疾病诊断相关分组; 北京

中图分类号 R1-9; R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)01-0019-07

Research on the Impact of the Integrated Reform of Medical-Pharmaceutical Separation Reform and Medical Consumables Linkage Reform on the Hospitalization Costs of DRG Pilot Hospitals in Beijing/WANG Wen-juan, CHEN Xin-yi, CAI Yuan-qing, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(1):19-24, 28

Abstract Objective: To analyze the changes of average inpatient cost before and after medical-pharmaceutical separation reform and medical consumables linkage reform in the DRG pilot hospitals in Beijing, and to explore the effects and problems of these two rounds of medical reform. **Methods:** The inpatient cost data of Beijing DRG pilot hospitals from January 2017 to December 2019 were collected. The instantaneous and long-term trend changes of the average cost of inpatients were analyzed based on the segmented regression model of interrupted time series. **Results:** The results showed that the average cost of inpatients remained stable on the whole, and there was a rising trend after a short-term decline. The proportion of drugs and materials per person in average cost per person decreased significantly, and the proportion of surgical costs in hospitalization costs increased significantly. **Conclusion:** These two rounds of comprehensive medical reforms had a significant intervention effect on the optimization of the internal structure of the hospitalization cost in the DRG pilot hospitals in Beijing, and the value of the technical labor of the medical staff was gradually reflected. However, in the long run, the average cost per person was still growing. It was needed to continue to pay attention to the reform of the drug and consumable costs.

Keywords medical-pharmaceutical separation reform; medical consumables linkage reform; Diagnosis Related Groups; Beijing

First-author's address School of Government, Central University of Finance and Economics, Beijing, 100081, China

Corresponding author Chen Xin-yi, E-mail: 13722957786@163.com

为促进医疗服务均衡发展, 2022年3月, 国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药局印发《关于印发有序扩大国家区域医疗中心建设工作方案的通知》提出, 推行DIP/DRG等医保支付方式改革, 建立全面补偿机制, 以中央预算内投资加大建设投入, 定期考核医疗技术提升程度和医疗服务辐射程度, 统筹协调控制医疗费用增长、减轻群众就医负担。DRG是国内外公认的一种较为科学合理的医疗费用支付方式, 这种支付方式根据患者年龄、疾病诊断、治疗方

式以及资源消耗等多种因素, 将诊断、治疗手段与医疗资源消耗各方面都相近的住院患者, 分入若干病组进行定额付费^[1]。自2017年6月国务院办公厅发布《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》以来, 我国DRG收付费改革已经历了国家卫生健康委启动C-DRG试点改革、国家医疗保障局全面推行CHS-DRG试点等阶段^[2]。

北京市是全国第一批公立医院综合改革试点城市, 也是我国最早成功开发并系统应用DRG的地区^[3], 一直在公立医院改革领域积极探索。通过2017年4月启动的医药分开综合改革和2019年6月启动的医耗联动综合改革(以下统称两轮综合改革), 北京市先后取消药品和医用耗材加成, 并且实施设立医事服务费、规范调整医疗服务项目价格、药品阳光采购、京津冀医用耗材联合采购以及改善医疗服务等一系列改革措施^[4], 两轮综合改革旨在破除医疗机构不合理的补偿机制, 引导医疗资源优化配置。医耗联动综合改革是医

* 基金项目: 国家社会科学基金青年项目(22CGL052); 国家自然科学基金项目(71473284)。

① 中央财经大学政府管理学院 北京 100081

② 中国社会科学院中国社会科学评价研究院 北京 100732

作者简介: 王文娟(1965—), 女, 博士学位, 教授, 博士生导师; 研究方向: 卫生事业管理、绩效管理、治理理论与实践及组织理论; E-mail: wangwenjuan@cufe.edu.cn。

通信作者: 陈心怡, E-mail: 13722957786@163.com。

药分开综合改革的进一步深化，两轮综合改革都保持了政策设计和激励机制等方面的一致性。

目前，国内外研究多关注于DRG支付改革的问题与应对策略，而结合两轮综合改革对实施DRG付费医院的实证研究部分仍有待补充^[5-7]。基于此，为了评估北京市两轮综合改革的实施效果，本研究以北京市2011年7月首批DRG试点的全部6家医院为例，通过间断时间序列回归模型设计分析改革前后住院患者多项费用的支出及结构变化情况，为进一步推进公立医院的持续性高质量发展提供循证参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究数据来源于北京市医疗保障局，选取北京市首批试点DRG付费的全部6家三级公立医院（北京大学第三医院、北京大学人民医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、首都医科大学宣武医院、首都医科大学附属北京友谊医院、首都医科大学附属北京天坛医院）的住院费用数据，不存在选择性偏倚^[8]。收集的数据包括：（1）住院次均费用（每月平均每人次的住院总费用）及其主要构成部分（次均药品费和次均材料费）；（2）住院患者自费金额、住院费用明细总金额；（3）住院明细费用，如中药费、西药费、检查费、手术费、化验费、治疗费、材料费和其他费用共8项。

1.2 研究设计

北京市是我国最早开发并使用DRG支付制度的城市，截至2022年3月，北京市实施了两次正式DRG试点与一次模拟试点，本研究选取的首批6家医院均在试点范围内。2011年7月，北京市人力资源和社会保障局、北京市卫生局、北京市财政局、北京市发展和改革委员会联合发布《关于开展按病种分组（DRGs）付费试点工作的通知》（京人社医发〔2011〕207号），该通知中选取6家医保定点综合医院即北京大学第三医院、北京大学人民医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、首都医科大学宣武医院、首都医科大学附属北京友谊医院、首都医科大学附属北京天坛医院作为首批DRG试点医院正式启动试点工作，并从已有的650个病种方案中选取医疗费用比较接近且病例数量相对集中的108个病组纳入试点范围。2019年10月，国家医保局发布《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36号），明确了详细的DRG付费技术规范和分组方案。北京市在包括首批6家DRG试点医院的36家三级综合医院启动DRG模拟，涵盖700多个病组。2022年3月，北京市医保局发布《关于开展国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）付费改革工作有关问题的通知》（京医保发〔2022〕10号），对北京市66

家定点医疗机构启动实际付费，其中同样包含本研究选取的6家医院，涵盖647个病组。

本研究以月为时间分析单位，提取2017年1月—2019年12月6家DRG试点医院的住院费用数据，考虑到受新冠肺炎疫情的影响，未收集2020年的住院费用数据，在此基础上依据北京市两轮综合改革的正式实施时间，将DRG试点医院的患者住院费用划分为3个阶段：2017年1—4月为两轮综合改革前阶段；2017年5月—2019年6月为医药分开综合改革后阶段；2019年7月—12月为医耗联动综合改革后阶段。

1.3 研究方法

首先，本研究对6家DRG试点医院36个月的次均费用及各项明细费用进行初步统计分析，整体观察两轮综合改革前后的费用变化情况；其次，采用间断时间序列分段回归模型，以2017年4月和2019年6月为干预节点，逐项分析各项费用在政策实施后的瞬时和长期趋势变化情况。最后，分别描述在DRG付费背景下两轮综合改革对北京市DRG试点医院住院费用的影响程度。

间断时间序列分析（Interrupted Time Series Analysis, ITSA）是评估政策干预实施效果的有效分析方法之一。本研究以时间为因变量、各项费用为自变量，采用如下模型：

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \times Time_t + \beta_2 \times Intervention_t + \beta_3 \times Time \text{ after intervention}_t + \epsilon_t \quad \text{式 1}$$

式1中， Y_t 是 t 月份次均住院费用的平均值； $Time_t$ 是从开始到 t 月份的连续性时间变量，取值为1~36； $Intervention_t$ 是虚拟变量，干预前为0，干预后为1； $Time \text{ after intervention}_t$ 是连续变量，干预前取值0，干预后按“时间点—干预实施点”取值^[9]。 β_0 是常数项，表示 $t=0$ 时结果指标的基线水平估计值； β_1 为干预前费用的变化趋势； β_2 为干预时的瞬时变化水平； β_3 为干预后费用的变化趋势与干预前变化趋势的差值； $\beta_1 + \beta_3$ 为干预后费用的变化趋势。 ϵ_t 是随机误差项^[10]。本研究采用Stata 15.0软件进行统计分析， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。利用Durbin-Watson检验对相关变量的自相关性进行分析， DW 取值范围为0~4，越接近0表示存在正自相关性，越接近4表示存在负自相关性， DW 越接近2可认为几乎不存在自相关性^[9-11]。

2 研究结果

2.1 住院次均费用的变化情况

住院次均费用是指所有患者平均每次住院费用的花费。根据间断时间序列分析，住院次均费用在医药分开综合改革后瞬时下降与改革后上升趋势均不显著（ $P > 0.1$ ），医耗联动综合改革后瞬时减少1 174.65元（ $P = 0.063$ ），之后的下降趋势的差异不具有统计学意义（ $P > 0.1$ ）。详见表1、图1。

表1 两轮综合改革前后住院次均费用、次均药品费、次均材料费的间断时间序列分析结果

各阶段变化结果	次均费用	次均药费	次均材料费
医药分开综合改革			
改革前趋势	-272.87	-103.53	-140.58
	(-0.54)	(-1.42)	(-0.42)
改革瞬间变化	-304.31	-280.18	-219.62
	(-0.27)	(-1.72)	(-0.29)
改革后趋势变化	353.52	101.28	212.45
	-0.70	-1.39	-0.62
医耗联动综合改革			
改革瞬间变化	1 174.65	86.26	-137.88
	(1.93)	-1.02	(-0.29)
改革后趋势变化	-155.29	-28.92	-189.45
	(-1.06)	(-1.42)	(-1.61)

注：括号里的数据为 t 值。·表示 $P<0.1$ ，未标注表示 $P>0.1$ 。

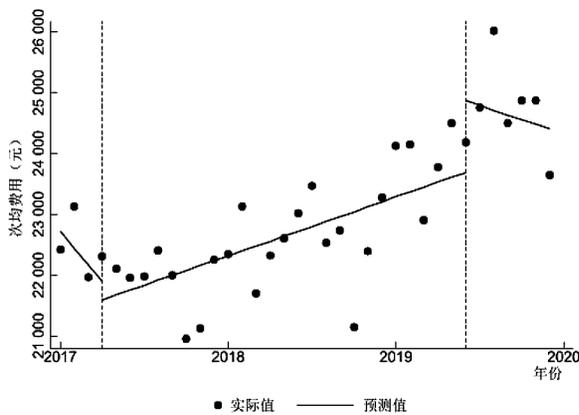


图1 住院次均费用间断时间序列趋势变化

整体来看，住院次均费用、次均药费和次均材料费在两轮综合改革前后变化都相对稳定，但次均费用内部构成变化较大，其中次均药费占比下降明显，医药分开、医耗联动综合改革后分别减少2.35%、1.03%。住院次均材料费占比在医耗联动综合改革后减少2.45%（表2）。

2.2 住院自费金额和明细总金额的变化情况

本研究的住院明细总金额是指住院患者支付西药费、中药费、检查费、手术费、治疗费、化验费、材

料费及其他费用的总花费；自费金额是住院总费用中的患者自付部分。根据统计分析，住院费用明细总金额在波动中呈持续上升趋势（图2）。医药分开综合改革后，每月住院费用的明细总金额瞬时下降3 563.28万元（ $P=0.098$ ），而后回升趋势并不显著（ $P>0.1$ ），自费金额变化均不显著（ $P>0.1$ ）；医耗联动综合改革后，每月明细总金额瞬时上升与长期增长趋势发展的差异均无统计学意义（ $P>0.1$ ），自费金额瞬时减少185.18万元（ $P=0.073$ ）且长期保持下降趋势（ $P=0.019$ ）。详见图3。

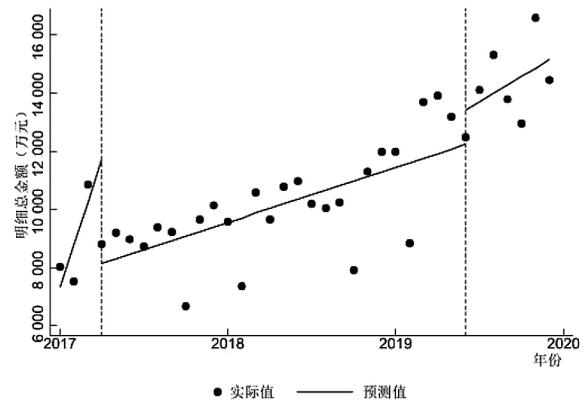


图2 明细总金额间断时间序列趋势变化

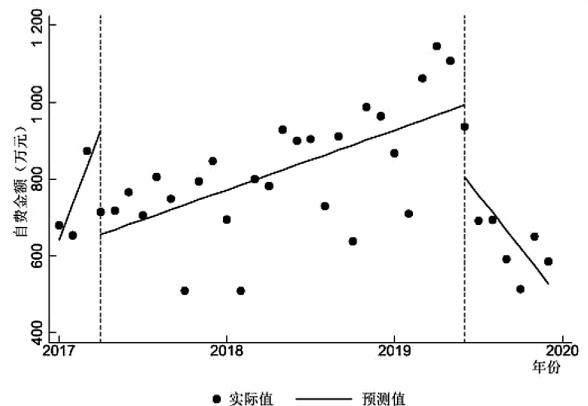


图3 自费金额间断时间序列趋势变化

2.3 住院明细费用的变化情况

为了更全面探讨两轮综合改革的干预效果，本研究还对住院费用中的各类明细费用进行了数据分析，发现两轮综合改革对药品费用、材料费用和医疗明细费用的影响程度不尽相同。

表2 两轮综合改革前后住院次均费用及次均药费、次均材料费占比变化情况

费用项目	两轮综合改革前		医药分开综合改革后		医耗联动综合改革后	
	费用（元）	构成比（%）	费用（元）	构成比（%）	费用（元）	构成比（%）
次均费用	22 504.67		22 582.81		24 690.71	
次均药费	2 884.67	12.82	2 364.77	10.47	2 329.57	9.44
次均材料费	13 120.00	58.30	13 237.19	58.62	13 867.86	56.17

2.3.1 药品费用的瞬时及趋势变化。医药分开综合改革对西药费及中药费均干预显著，分别瞬时减少516.95万元 ($P=0.009$)、18.29万元 ($P=0.044$)，而医耗联动综合改革对这2项药费的干预效果则均不显著 ($P>0.1$)。此外，两轮综合改革对中、西药费在总药费中的构成比影响也不同。北京市三级公立医院医治用药以西药为主，其费用金额基数大于中药费，西药费占比始终在95%以上。医药分开综合改革的干预使中、西药费用金额都有不同程度降低，西药费在总药费中占比增加1.35%；医耗联动综合改革后西药费在总药费中占比再次增加1.33%。详见图4、图5、表1、表3。

2.3.2 耗材费用的瞬时及趋势变化。两轮综合改革对患者次均材料费和总材料费的影响不同。医药分开综合改革后，次均材料费短期并未明显下降 ($P>0.1$)，

总材料费瞬时减少2 286.77万元 ($P=0.081$)，二者的长期增长趋势均不显著 ($P>0.1$)；医耗联动综合改革后，次均材料费呈下降趋势但不显著 ($P>0.1$)，而总材料费并未受影响出现任何降幅反而呈现不显著的增长趋势 ($P>0.1$)。详见图6、图7、表1、表4。

2.3.3 医疗费用的瞬时及变化趋势。除患者用药和医疗耗材外，检查费、治疗费、手术费、化验费和其他费用皆归为医疗费用之中，医药分开综合改革前除检查费以外的医疗费用上升趋势均不显著 ($P>0.1$)。医药分开综合改革后，除检查费以外的几项费用变化均不显著 ($P>0.1$)，检查费受该改革影响瞬时减少269.64万元 ($P=0.012$)，后以更缓慢的趋势上升 ($P=0.075$)；医耗联动综合改革后，治疗费瞬时减少130.60万元 ($P=0.004$)，长期呈上升趋势发展 ($P=0.063$)，

表3 两轮综合改革前后住院药品费及中、西药费占比变化

费用项目	医改前		医药分开后		医耗联动后		构成比变化率(%)	
	费用(万元)	构成比(%)	费用(万元)	构成比(%)	费用(万元)	构成比(%)	医药分开前后	医耗联动前后
总药费	1 124.69		1 053.78		1 341.89			
西药费	1 069.99	95.14	1 016.76	96.49	1 312.60	97.82	1.35	1.33
中药费	54.70	4.86	37.02	3.51	29.29	2.18	-1.35	-1.33

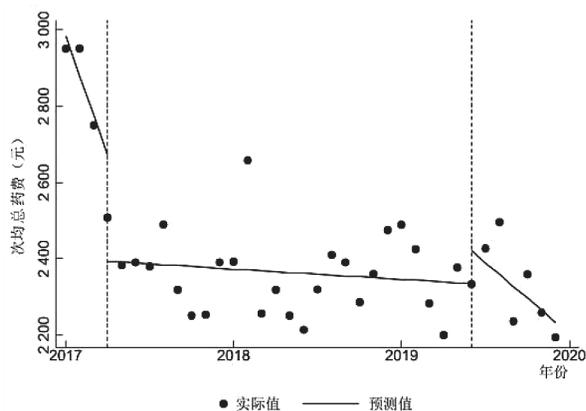


图4 次均药费间断时间序列变化趋势

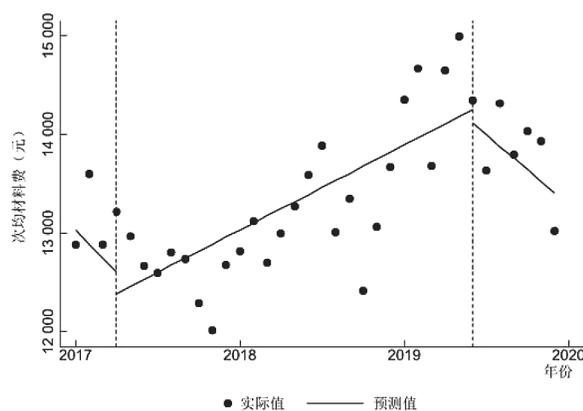


图6 次均材料费间断时间序列变化趋势

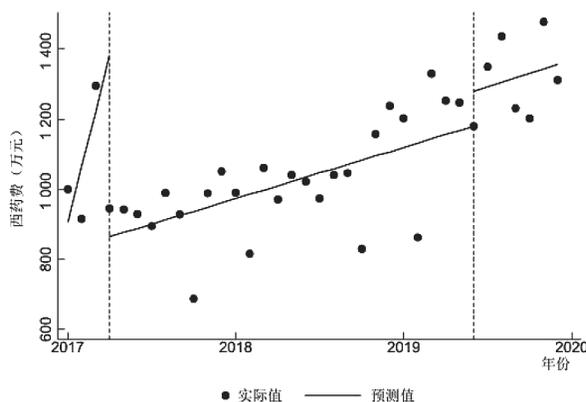


图5 西药费间断时间序列变化趋势

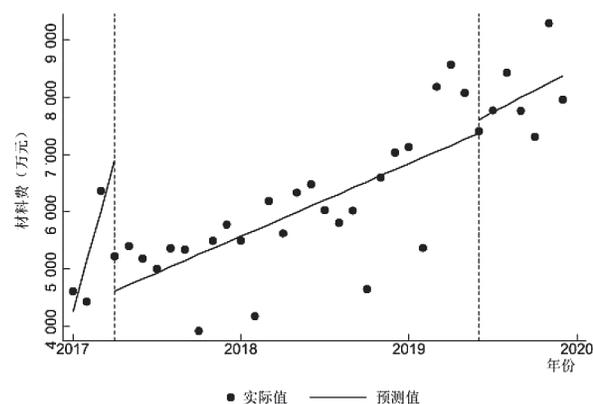


图7 总材料费间断时间序列变化趋势

手术费则瞬时上涨并保持长期上升趋势 ($P < 0.01$), 检查费和化验费的变化均不显著 ($P > 0.1$)。详见图8~图11、表4。

3 讨论与建议

3.1 次均费用结构得到优化, 改革预期目标基本实现

北京市两轮综合改革的主要目标是规范医疗服务价格, 优化医疗费用结构。本研究表明北京市两轮综合改革基本达到了预期目标, 患者的住院总费用在两

轮改革中基本保持平稳, 费用内部结构得到了优化。医药分开综合改革后, 次均药费在次均总费用中占比减少2.35%, 次均材料费占比基本维持不变; 医耗联动综合改革后, 次均药费占比再减少1.03%, 次均材料费占比明显减少2.45%。可见, 取消药品加成与医用耗材加成的政策举措卓有成效, 进一步理顺了医疗服务价格比价关系, 优化了医疗费用结构^[13-14]。北京市两轮综合改革的政策目标还包括加强成本和费用控制, 完善

表4 两轮综合改革前后住院自费金额及明细费用的间断时间序列分析结果

万元

各阶段变化结果	明细总金额	自费金额	西药费	中药费	检查费	治疗费	手术费	化验费	材料费
医药分开综合改革									
改革前趋势	1 461.40 (1.55)	95.06 (1.10)	157.77 (1.87)	4.43 (1.14)	90.04 (1.97)*	39.92 (1.00)	137.10 (-1.09)	88.88 (1.34)	883.79 (1.55)
改革瞬间变化	-3 563.28 (-1.71)	-271.15 (-1.40)	-516.95 (-2.80)**	-18.29 (-2.10)*	-269.64 (-2.68)**	-46.66 (-0.53)	-269.04 (-0.98)	-192.30 (-1.32)	-2 286.77 (-1.81)
改革后趋势变化	-1 303.53 (-1.38)	-82.10 (-0.95)	-145.59 (-1.73)	-5.12 (-1.31)	-84.37 (-1.84)	-33.14 (-0.83)	-125.60 (-1.00)	-78.47 (-1.18)	-777.68 (-1.37)
医耗联动综合改革									
改革瞬间变化	1 170.50 (1.19)	-185.18 (-1.86)	99.20 (1.19)	1.61 (0.35)	8.77 (0.19)	-130.60 (-3.10)**	884.38 (7.27)***	41.42 (0.62)	240.36 (0.38)
改革后趋势变化	132.22 (0.55)	-59.75 (-2.49)*	0.55 (0.03)	0.59 (0.53)	-1.11 (-0.10)	-19.62 (-1.93)	125.28 (4.24)***	12.15 (0.75)	21.10 (0.14)

注: 括号里的数据为*t*值。*、**、***分别表示在0.05、0.01、0.001的水平上显著; ·表示 $P < 0.1$, 未标注表示 $P > 0.1$ 。

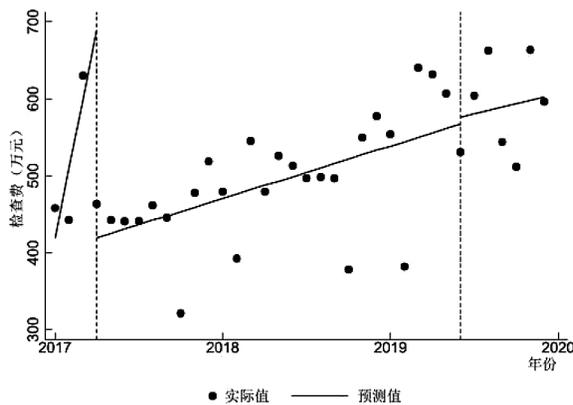


图8 检查费间断时间序列变化趋势

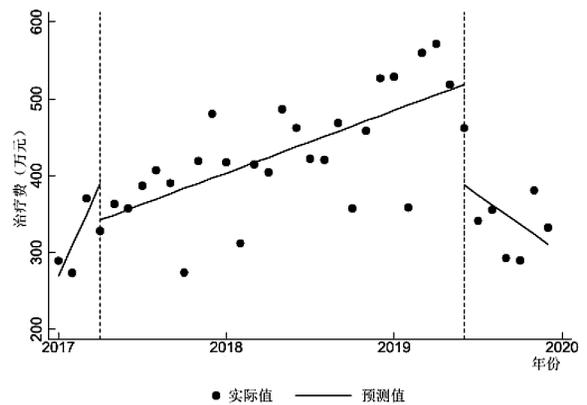


图10 治疗费间断时间序列变化趋势

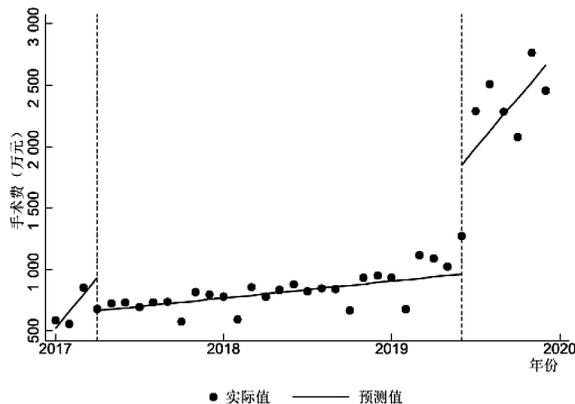


图9 手术费间断时间序列变化趋势

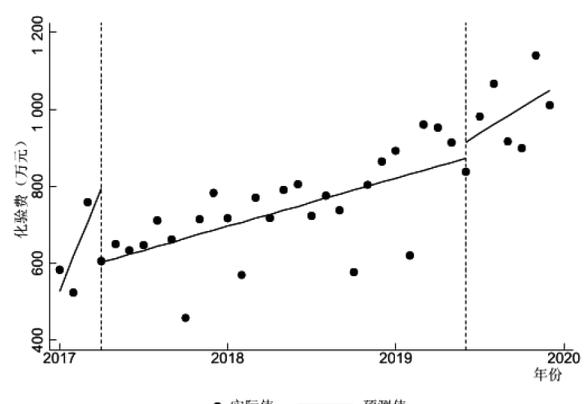


图11 化验费间断时间序列变化趋势

分级诊疗制度，加大支付方式改革和医保保障力度等，这些政策目标需要进一步保持和深化；需要借助《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）》的契机，总结DRG的推广实施经验寻找更好的分组方案^[16]；需要医保、财政、卫生健康等相关部门协同推进改革工作。

3.2 患者自费负担得到缓解，医药费用改革需要深化

患者住院总费用包含药费、材料费、检查费、手术费等8项明细金额。医药分开综合改革后，住院费用明细总金额瞬时减少3 563.28万元，手术、检查等医疗项目的费用在改革后基本保持稳定，在医药分开综合改革实施至医耗联动综合改革前较长的一段时间内，患者住院总费用呈上升趋势发展，但不显著（ $P>0.1$ ）；医耗联动综合改革后，自费金额则减少185.18万元且逐渐下降，总费用瞬时无明显变化，长期呈上升趋势，同样不显著（ $P>0.1$ ），表明两轮综合改革中缓解患者费用负担的目标达到一定预期，仍需进一步关注控制总费用增长的问题。然而，目前DRG改革处于推广试点期，存在疾病分组不够细化；DRG方案在规范医生行为的同时，限制了医生根据病情制定更具针对性的诊疗方案；DRG在增加医生非医疗业务工作量的同时缺少相应激励机制等问题。未来需要进一步探索DRG的改革方案，使DRG分组更加合理、细化、可操作。同时在DRG的改革创新过程中，需要不断让DRG成为动态、可调整的方案^[17]，让医生在改革过程中更有获得感，从而达到加强药费管控、深化耗材费用改革的目标，进一步减轻患者就医负担。

3.3 医务人员价值得以提升，搭建知识仓库为医生赋能

医药分开综合改革后，西药费、中药费及材料费分别瞬时下降516.95万元、18.29万元和2 286.77万元，但三者短期下降后的变化趋势均不明显，医疗费用中检查费受改革影响瞬时减少269.64万元，变化趋势最为明显；治疗费、手术费、化验费的瞬时变化均不明显。医耗联动综合改革后，西药费、检查费、化验费变化并不明显，治疗费瞬时减少130.60万元，并呈下降的发展趋势，手术费则瞬时上涨并保持长期上升趋势。手术费的增加在一定程度上体现了医务人员技术劳务价值的提升，但几项呈增长发展趋势的项目费用却在住院总费用中占比高于80%，这些费用的增长幅度远高于占比不足20%的药费、治疗费等项目的减少幅度。

北京市是全国最早开展DRG试点探索的城市，迄今已积累了大量DRG实践经验，需要总结这些经验，并针对DRG已存在的问题探索解决方案。DRG在医院的推广需要医院各个科室之间、临床医生与信息科室之间的协同合作^[18]。北京市作为医疗资源最为集中的地区，公立医院需要搭建知识仓库，为医生群体赋

能^[19]，进一步为体现医务人员的劳动价值创造条件，实现其剩余索取权与剩余控制权相统一^[19]，鼓励医生去探索更好的DRG付费方案。公立医院应通过DRG的推广，合理分配资源，实现开源节流^[20]，并与其他医院协同配合带动区域整体医疗技术和服务质量的提高。

参 考 文 献

- [1] 国家医疗保障局. 关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知[EB/OL]. (2019-10-16) [2022-05-22]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/24/art_37_1878.html.
- [2] 于丽华. 医改政策环境下医疗机构实施DRG的思路和策略[J]. 中国卫生经济, 2022,41(1):12-16.
- [3] 董乾, 陈金彪, 陈虎, 等. DRGs国内发展现状及政策建议[J]. 中国卫生质量管理, 2018,25(2):1-4.
- [4] 戎伟仁, 杨玉洁, 雷海潮. 北京市医药分开与医耗联动综合改革对公立医院医疗收入的影响分析[J]. 中国卫生经济, 2022,41(5):19-23.
- [5] 董乾. DRG实施对三级医院住院费用的影响研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- [6] YU L, LANG J. Diagnosis-related Groups (DRG) pricing and payment policy in China: where are we?[J]. Hepatobiliary surgery and nutrition, 2020,9(6):771-773.
- [7] HECKMAN J J, ICHIMURA H, SMITH J A, et al. Characterizing selection bias using experimental data[J]. Econometrica, 1998,66(5):1017-1098.
- [8] 胡广宇, 刘立煌, 吴世超, 等. 基于间断时间序列分析的DRG-PPS改革效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019,12(10):23-28.
- [9] 王雪梅, 唐玉清, 杜亚玲, 等. 基于间断时间序列模型的辅助用药监管政策干预效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(3):57-63.
- [10] 朱星月, 林腾飞, 米源, 等. 间断时间序列模型及其在卫生政策干预效果评价中的应用[J]. 中国药事, 2018,32(11):1531-1540.
- [11] EMMERICK I C M, UY K, GUIAB K, et al. Impact of the national lung screening trial (NLST) publication and Medicare Lung cancer screening payment on lung cancer incidence rates: An interrupted time series analysis[J]. Journal of cancer policy, 2022,31(3):100318.
- [12] 马晓华, 鲁憬莉, 康建, 等. 基于间断时间序列分析重点监控药品管控措施对合理用药的影响[J]. 医药导报, 2021,40(4):525-529.
- [13] 欧嘉新, 朱宏, 张远妮, 等. 2017—2019年广东省综合公立医院住院费用结构变化的研究[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(6):71-74.
- [14] 李静, 马效恩, 华永新, 等. 基于结构变动度的不同付费方式住院医疗费用控制研究[J]. 中国医院管理, 2015,35(12):65-67.

(▶▶下转第28页▶▶)

用,通过合理转诊为患者提供连续性诊疗服务。二是完善利益共享机制。在妇幼保健院和其他上下级医院之间达成利益分配协议,健全人员保障和薪酬制度,激励医务人员积极参与双向转诊,防止“虹吸”现象发生^[16]。同时,政府应对医联体内的人员调配、薪酬分配、资源共享等进行统筹,促进优质医疗资源上下贯通,实现紧密互助协作常态化。对妇幼专科联盟而言,应探索建立管理组织,结合各妇幼保健机构的特点和组织定位设置差异化的工作重心和资源配置方案,践行“一院一策”,在明确各妇幼保健机构利益诉求的前提下开展多学科长效深入合作。

4.3 完善政府配套政策,营造正向共生环境

为构建紧密型互惠共生的医联体模式,政府应从政策上释放利好信号,积极创造正向共生环境,消弭逆向环境的不利影响。首先,要充分发挥财政资金的作用。对妇幼专科联盟拨付一定经费,对牵头医院给予政策倾斜和补偿。明确医联体资金用于医疗和公共卫生建设的比例,对妇幼保健、帮扶基层等指令性工作进行专项补贴。其次,要完善考核激励机制。考核指标的选取和标准的制定要考虑综合医院和妇幼保健院的差异,将公共卫生服务、双向转诊和帮扶基层情况纳入考核。通过绩效考核、职称评定等手段激发妇幼保健机构的能动性。最后,要完善医保支付政策。拉开各级医院和社康中心的医保报销比例,强化“强基层”的政策性引导。对医联体内的转诊患者提供医保优惠等政策支持,发挥医保引导医患双方行为的作用,推进分级诊疗在各级妇幼保健机构的实施。

4.4 打造医联体云平台,建立健全共生界面

信息化是医疗资源整合的重要支撑,能够有效促进共生界面中资源要素流动,从而达到医联体资源扩充的效果。有的妇幼保健院负责人表示,“信息化不搞集约化和统一平台就很难产生效益”。因此,应以当前深圳市正在建设统一的信息资源共享平台为契机,以政府为主体,市场为导向,在三级医院和社康中心搭建起集健康管理、双向转诊、远程医疗等功能为一体的医联体云平台。妇幼保健机构可以通过转诊平台实现电子病历共享,全程持续追踪转诊患者;通过远程会诊平台邀请专家参与线上会诊、病例分享和讨论,

实现专家智慧下基层,推进妇幼保健服务同质化。

参 考 文 献

- [1] 姚克勤,郑义,蒋理添,等. 分级诊疗背景下医联体模式在深圳市的实践与探索[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(9):616-621.
- [2] 林坤河,刘宵,钟正东,等. 委托代理理论和管家理论融合视角下三明市紧密型医共体治理研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(8):1-5.
- [3] 沈慧,沈颖,倪鑫,等. 高质量发展视域下专科联盟管理模式案例研究[J]. 中国医院管理, 2022,42(5):7-11.
- [4] 李宁,王芳. 共生理论视角下农村环境治理:挑战与创新[J]. 现代经济探讨,2019(3):86-92.
- [5] 李国,孙庆祝. 共生共荣:区域体育产业共生发展机制研究[J]. 武汉体育学院学报, 2012,46(9):50-54.
- [6] 袁纯清. 共生理论及其对小型经济的应用研究(上)[J]. 改革, 1998(2):100-104.
- [7] 胡海,庄天慧. 共生理论视域下农村产业融合发展:共生机制、现实困境与推进策略[J]. 农业经济问题, 2020(8):68-76.
- [8] 熊海峰,祁吟墨. 基于共生理论的文化和旅游融合发展策略研究——以大运河文化带建设为例[J]. 同济大学学报(社会科学版), 2020,31(1):40-48.
- [9] 张榕榕,王萱萱,李志光,等. 江苏省医联体发展的实践与思考[J]. 中国医院管理, 2020,40(1):18-22.
- [10] 沈华亮. 深圳医保改革特点及成效分析[J]. 中国医疗保险, 2019(5):9-16.
- [11] 方鹏骞,田翀. 我国医疗联合体建设与创新探索与再思考[J]. 中国医院管理, 2022,42(7):1-4.
- [12] 宋宝香,沈艳. 南京市专科医疗机构医疗联合体建设的实践探索[J]. 中国医院管理, 2022,42(8):85-87.
- [13] 贾雪妍,王芳,赵君,等. 基于利益相关者理论的扬州妇幼健康联合体运行情况分析[J]. 中国社会医学杂志, 2018,35(3):273-277.
- [14] 罗澜,冷毅,韦玮,等. 贵州省紧密型专科医联体提升基层妇幼保健机构综合能力实证分析[J]. 江苏卫生事业管理, 2021,32(2):151-154.
- [15] 王宇,管仲军. 公立医院高质量发展背景下医疗联合体合作策略研究[J]. 中国卫生经济, 2021,40(9):15-17.
- [16] 汤少梁,仇佳欢,姚玲. 医联体背景下基于系统动力学的分级诊疗实施效果仿真模拟研究[J]. 中国卫生经济, 2021,40(1):25-29.
- [15] 张元明. 三明市医改与DRG收付费改革的经验总结[J]. 中国卫生经济, 2022,41(1):16-19.
- [16] 玄律,程超,郑杰,等. 北京市DRG付费改革实践及DRG付费国家试点技术方案特点分析[J]. 中国医疗保险, 2020(9):36-39.
- [17] 孙鹏南,李璐. DRG支付改革对医院经济管理的影响与对策[J].中国卫生经济, 2022,41(2):80-82.
- [18] 王文娟. 立破并举:建设全国统一大市场的原则与方向[J]. 国家治理, 2022(9):16-22.
- [19] 王文娟. 以人民健康为中心的医疗体制机制创新——关于推动公立医院高质量发展的思考与建议[J]. 国家治理, 2021(19):30-37.
- [20] 冀路肖,杨金侠. 安徽省县级公立医院次均住院费用影响因素分析[J]. 中国卫生统计, 2017,34(6):925-927.

[收稿日期: 2022-10-05] (编辑: 彭博)

[收稿日期: 2022-10-06] (编辑: 彭博)

(◀◀上接第24页◀◀)